

بررسی رفتارهای «ارتقاء دهنده سلامت» و کیفیت زندگی در سالمندان

عقیل حبیبی سولا^۱، صغری نیکپور^۲، مهناز سیدالشهدایی^۳، حمید حقانی^۴

^۱ نویسنده مسئول: مربی گروه داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی خلخال، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

E-mail: aghilhabibi@yahoo.com

^۲ گروه بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی ^۳ گروه داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی ^۴ گروه آمار حیاتی، دانشکده مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی ایران

چکیده

زمینه و هدف: همانطور که طول عمر افراد افزایش می یابد، اهمیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نیز، با توجه به حفظ کارکرد و استقلال افراد و افزایش کیفیت زندگی آنها، روز به روز بیشتر آشکار می شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و کیفیت زندگی در سالمندان انجام گرفته است.

روش کار: این مطالعه از نوع همبستگی بود که بر روی ۱۰ نفر از سالمندان منطقه غرب شهر تهران انجام گرفت. روش نمونه گیری از نوع چندمرحله ای بود و از ابزار پژوهش شامل چک لیست مربوط به رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و گونه فارسی پرسشنامه The Short Form Health Survey (SF12) جهت بررسی کیفیت زندگی استفاده شد. اطلاعات مربوط به واحدهای مورد پژوهش از طریق مصاحبه گردآوری شد. برای تحلیل داده ها از آمار توصیفی و آزمون تی تست استفاده شد. **یافته ها:** نتایج پژوهش نشان داد که بین کیفیت زندگی و رفتارهایی نظیر انجام ورزش یا پیاده روی مصرف شیر، لبنیات و غذاهای گوشتی، مصرف میوه و سبزیجات تازه، مصرف غذای کم نمک، مصرف غذای کم چرب، کنترل وضعیت سلامت و کنترل فشار خون ارتباط معنی داری وجود داشت ($p < 0.05$). بطوریکه سالمندان دارای میانگین نمره کیفیت زندگی بالاتر، رفتارهای انجام ورزش یا پیاده روی، مصرف شیر، لبنیات و غذاهای گوشتی و مصرف میوه و سبزیجات تازه و سالمندان دارای میانگین نمره کیفیت زندگی پایین تر، رفتارهای مصرف غذای کم نمک، مصرف غذای کم چرب، کنترل وضعیت سلامت و کنترل فشار خون را بیشتر رعایت کرده بودند.

نتیجه گیری: با توجه به تفاوت معنی داری که بین رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و کیفیت زندگی سالمندان مشاهده شد و از آنجا که کیفیت زندگی در این دوران می تواند براحتی مورد تهدید قرار گیرد، در نظر داشتن رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در سالمندان از اهمیت بالقوه ای برخوردار است. لذا توصیه می شود برنامه ریزی هایی در جهت افزایش مشارکت اجتماعی، بهبود خدمات پزشکی و بهداشتی و ارائه خدمات مشاوره در جمعیت سالمندان مد نظر قرار گیرد.

واژه های کلیدی: سالمندان، رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، کیفیت زندگی

دریافت: ۸۵/۱۱/۷ پذیرش: ۸۷/۲/۲۰

مقدمه

میلیون و ۹۲۳ هزار نفر برآورد کرد که این تعداد در سال ۲۰۵۰ به رقم یک میلیارد و ۹۶۸ میلیون و ۱۵۳ هزار نفر خواهد رسید [۲] این در حالیست که هم اکنون ۶۰٪ از افراد سالمند در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند [۴، ۳].

همانطور که طول عمر افراد افزایش می یابد، اهمیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نیز، با توجه به حفظ کارکرد و استقلال افراد و افزایش کیفیت زندگی آنها، روز به روز بیشتر آشکار می شود [۱]. سازمان ملل در سال ۲۰۰۶ تعداد کل سالمندان جهان را ۶۸۷

ایرنا با انتشار گزارشی اعلام کرده است که در حال حاضر ۶٪ از کل جمعیت ایران را افراد سالمند بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند که معادل چهار میلیون و ۵۶۲ هزار نفر می‌باشد. پیش بینی می‌شود این رقم تا سال ۲۰۵۰ به ۲۶ میلیون و ۳۹۳ هزار نفر، معادل ۲۶٪ کل جمعیت کشور خواهد رسید. در گزارش این مرکز امید به زندگی برای مردان و زنان ایرانی بعد از ۶۰ سالگی طی سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۰ به ترتیب ۱۷ و ۱۸ سال برآورد شده است [۲]. در حال حاضر نرخ رشد جمعیت در کشور ما ۱/۶٪ می‌باشد و این در حالی است که نرخ رشد جمعیت سالمندی ۲/۵٪ است [۵].

بر اساس بررسی که سازمان بهداشت، آموزش و رفاه آمریکا به عمل آورده است، ۱۵٪ از مراجعین به مطب پزشکان متخصص، ۳۴٪ از معالجات سرپایی در بیمارستان‌ها و ۸۹٪ از تخت‌های موسسات و سراهای نگهداری را افراد بالای ۶۵ سال به خود اختصاص داده‌اند [۵] و بطور کلی ۲۹٪ از هزینه مراقبت‌های پزشکی توسط این گروه سنی مصرف می‌شود. در حالیکه این قشر فقط ۱۲٪ جمعیت را تشکیل می‌دهند [۶] و پیش بینی می‌شود در سال ۲۰۴۰ رقمی در حدود ۵۰٪ از کلیه خدمات پزشکی که در آمریکا ارائه می‌گردد، مورد استفاده این گروه قرار خواهد گرفت [۵].

در حدود ۶۰٪ از هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی، ۳۵٪ از ترخیص‌های بیمارستانی و ۴۷٪ از روزهای بستری در بیمارستان‌ها را سالمندان به خود اختصاص می‌دهند. با توجه به افزایش سریع تعداد سالمندان، مسأله بهداشت، سلامت و تأمین آسایش و رفاه آنان در جامعه، هر روز ابعاد تازه و گسترده‌تری پیدا می‌کند [۷]. رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت یکی از معیارهای عمده تعیین کننده سلامت می‌باشد که به عنوان عامل زمینه‌ای در عدم ابتلا به بسیاری از بیماری‌ها شناخته شده است و ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها مستقیماً با این رفتارها در ارتباط می‌باشند [۸].

رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در سالمندان، تأثیر بالقوه‌ای در پیشبرد سلامتی و کیفیت زندگی آنان

داشته و به همان نسبت موجب کاهش هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های بهداشتی خواهد شد [۱].

بر طبق مطالعات انجام شده، شیوه زندگی ارتقاء دهنده سلامت به کیفیت مثبت زندگی کمک می‌کند [۹-۱۱]. آمار ارائه شده در مورد دلائل اصلی مرگ و میر، بیانگر آنست که ۵۳٪ از علل مرگ و میرها به سبک زندگی و رفتارهای غیر بهداشتی مربوط می‌باشد [۱۳، ۱۲].

سازمان خدمات بهداشتی و انسانی آمریکا، جهت ارتقاء سلامتی در سالمندان به ورزش منظم، عدم مصرف سیگار، اجتناب از مصرف الکل، تغذیه مناسب و ایمن سازی متناسب با سن تأکید می‌کند [۱].

امروزه با توجه به افزایش شاخص طول عمر و امید به زندگی، مسأله مهمتری تحت عنوان چگونگی گذران عمر و به عبارتی «کیفیت زندگی» مطرح شده است که پرداختن به این موضوع ذهن صاحب نظران و محققین در امور سالمندی را به خود جلب نموده است [۱۳]. کیفیت زندگی یک شاخص اساسی محسوب می‌شود و از آنجا که ابعاد متعددی مانند جنبه‌های فیزیولوژیک، عملکرد و وجود فرد را در بر می‌گیرد، توجه به آن از اهمیت خاصی برخوردار است [۱۴].

از نقطه نظر اندرو^۲ همواره در روند درمان و مراقبت از سالمندان باید به عوامل موثر در کیفیت زندگی آنها توجه شود و زمانی راهکارهای مراقبتی، درمانی مفید و موثر می‌باشد که کیفیت زندگی سالمندان را بهبود بخشد [۱۵].

چالش اصلی بهداشت در قرن بیستم زنده ماندن بود و چالش قرن حاضر زندگی با کیفیت بهتر می‌باشد. با اینحال بررسی در کشور ایران نشان می‌دهد که تنها ۱٪ از قوانین تصویب شده مملکتی مربوط به سالمندان می‌شود که از این میزان ۶۲٪ اقتصادی، ۲۲٪ اجتماعی و ۱۶٪ رفاهی و بهداشتی می‌باشد. دقت در همین سهم ناچیز نشان می‌دهد که اغلب این مصوبات نیز بصورت پراکنده و یا در قالب آیین نامه‌های

¹ US department of health and human services

² Andrew

به تفکیک مشخص گردید بطوریکه در هر منطقه دو مسجد، دو پارک، دو مکان ورزشی و دو مرکز خرید به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس پژوهشگر به همراه دو پرسشگر دیگر که آموزشهای لازم در مورد مصاحبه و تکمیل پرسشنامه را دیده بودند، در این مکانها حضور یافته و در نهایت از هر مکان عمومی ۱۰ نمونه در صورت دارا بودن مشخصات واحدهای مورد پژوهش و نیز ابراز تمایل در پژوهش شرکت داده شدند. همچنین به منظور انتخاب نمونه ها از منازل، با استفاده از پرونده های بهداشتی در مراکز بهداشت مختلف منطقه غرب تهران، آدرس واحدهای مورد پژوهش بدست آمد.

بطوریکه ابتدا پرونده خانوارهایی که افراد ۶۰ سال و بالاتر داشتند انتخاب شدند، سپس بصورت تصادفی تعداد ۲۲ پرونده از مراکز بهداشت مناطق ۵ و ۲۲، و تعداد ۲۳ پرونده از مراکز بهداشت ۲ و ۱۸ انتخاب شدند و در روزهای نمونه گیری با مراجعه حضوری پرسشگران آموزش دیده به درب منازل، در صورت حضور فرد مورد نظر در منزل و موافقت ایشان نمونه گیری بصورت مصاحبه انجام گرفت. در ضمن افراد معلول جسمی از مطالعه حذف شدند.

ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه بود که پاسخ سوالات مندرج در پرسشنامه توسط پژوهشگران از طریق مصاحبه ثبت می شد. به منظور بررسی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت از چک لیست مربوط به رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت استفاده شد که شامل ۱۰ مورد بود و عبارت بودند از: سیگار نکشیدن، مصرف نکردن الکل (در حال حاضر)، انجام ورزش یا پیاده روی (حداقل سه بار در هفته و هر بار ۲۰ دقیقه)، مصرف غذای کم نمک، مصرف غذای کم چرب، مصرف سبزی و میوه تازه، مصرف شیر، لبنیات و غذاهای گوشتی (بطور معمول)، کنترل فشار خون (در یکسال گذشته)، کنترل وضعیت سلامت (انجام انواع آزمایشات در یک الی دو سال گذشته) و تزریق واکسن آنفلوآنزا (در یکسال گذشته). که به صورت بله و خیر پاسخ داده شدند.

اجرایی دولت و سازمانها می باشد. این بررسی ها نشان می دهد که کیفیت زندگی سالمندان چندان مورد توجه مسئولان قرار نگرفته است [۵]. تفاوت عمدهای که بین کشورهای پیشرفته و کشورهای در حال توسعه نظیر ایران وجود دارد این است که دولت و مردم در کشورهای توسعه یافته کاملاً آماده اند تا با چالش ناشی از شمار فزاینده افراد سالمند مواجه شوند. در حالیکه اغلب کشورهای در حال توسعه حتی از این پدیده و گرفتاریهای بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی آن آگاه نیستند [۱۷]. این امر نشان دهنده اهمیت فراوان این موضوع است و باید با توجه به نیاز شدید جامعه، برنامه ریزی های بهداشتی درمانی مناسب این گروه سنی، تهیه و اجرا شود. این مطالعه با هدف کلی تعیین ارتباط بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و کیفیت زندگی در سالمندان انجام گرفته است.

روش کار

این مطالعه از نوع همبستگی بود که با هدف تعیین ارتباط بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و کیفیت زندگی در سالمندان انجام گرفت. نمونه پژوهش این مطالعه شامل ۴۱۰ نفر از افراد ایرانی الاصل ۶۰ سال و بالاتر منطقه غرب تهران بود که از نظر ذهنی هوشیار بوده و قادر به پاسخگویی به سوالات بودند. حجم نمونه لازم پس از مقدار گذاری در فرمول زیر تعیین شد.

$$N \geq \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{\delta_0^2} + \beta$$

$$\delta_0 = 1 - L_N \frac{1+r}{1-r}$$

روش نمونه گیری در این مطالعه از نوع چند مرحله ای بود. بدین ترتیب که بر روی نقشه، مناطق ۲، ۵، ۱۸ و ۲۲ از مناطق مختلف غرب تهران (که شامل مناطق ۲، ۵، ۶، ۹، ۱۸، ۲۱ و ۲۲ بود) بصورت تصادفی انتخاب شد. سپس اماکن عمومی (مساجد، پارکها، مکانهای ورزشی و مراکز خرید) و منازل در این مناطق

داشتند و فقط ۷/۰٪ از نمونه‌ها در یکسال گذشته واکسن آنفلوانزا تزریق کرده بودند (جدول ۲).

جدول ۱. مشخصات جمعیتی نمونه مورد مطالعه (n=۴۱۰)

ویژگیهای فردی نمونه‌های پژوهش	دسته بندی	فراوانی (درصد)
سن (سال)	۶۰-۷۴	۳۱۷ (۷۷/۳)
	≥ 75	۹۳ (۲۲/۷)
جنس	مرد	۲۲۸ (۵۵/۶)
	زن	۸۲ (۴۴/۴)
سطح تحصیلات	بیسواد	۱۲۵ (۳۰/۵)
	خواندن و نوشتن	۸۱ (۱۹/۸)
	ابتدائی	۸۸ (۲۱/۵)
	سیکل	۱۸ (۴/۴)
	دیبرستان	۱۵ (۳/۷)
	دیپلم	۴۸ (۱۱/۷)
	دانشگاهی	۳۵ (۸/۵)
وضعیت تاهل	مجرد	۱ (۰/۲)
	متاهل	۳۲۸ (۸۰/۰)
	مطلقه	۸ (۲/۰)
وضعیت اقتصادی	همسر فوت شده	۷۳ (۱۷/۸)
	مستقل	۳۲۰ (۷۸/۰)
	وابسته	۹۰ (۲۲/۰)
ترکیب خانواده	تنها	۵۳ (۱۲/۹)
	با همسر	۲۲۶ (۵۵/۱)
	با خانواده	۱۲۳ (۳۰/۰)
وضعیت سلامت فعلی	با خویشاوندان	۸ (۲/۰)
	بهتر از آنان	۱۵۸ (۳۸/۵)
	همانند آنان	۱۱۷ (۲۸/۵)
	بدتر از آنان	۱۳۵ (۳۲/۹)

جدول ۲. تعیین رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در سالمندان منطقه

ردیف	رفتار ارتقا دهنده سلامت	فراوانی	درصد
۱	نکشیدن سیگار	۳۵۲	۸۵/۹
۲	عدم مصرف الکل	۳۸۸	۹۴/۶
۳	انجام ورزش یا پیاده روی	۲۶۵	۶۴/۶
۴	مصرف غذای کم نمک	۲۸۴	۶۹/۳
۵	مصرف غذای کم چرب	۲۸۶	۶۹/۸
۶	مصرف شیر، لبنیات و غذاهای گوشتی	۳۱۵	۷۶/۸
۷	مصرف میوه و سبزیجات تازه	۳۱۰	۷۵/۶
۸	کنترل وضعیت سلامت (انواع آزمایشات)	۳۳۵	۸۱/۷
۹	تزریق واکسن آنفلوانزا	۳	۰/۷
۱۰	کنترل فشار خون	۳۶۸	۸۹/۸

بعلت اینکه میزان فراوانی رفتار شماره ۹ بسیار کم بود، از کل مطالعه حذف شد و مطالعه بین ۹ رفتار انجام گرفته است.

در رابطه با تعیین کیفیت زندگی نتایج نشان داد که ۴۴/۱٪ از سالمندان کیفیت زندگی خوبی داشتند.

به جواب های بلی امتیاز ۱ و جوابهای خیر امتیاز صفر داده شد و ارتباط هر کدام از رفتارها با کیفیت زندگی سنجیده شد. همچنین جهت بررسی کیفیت زندگی نیز از گونه فارسی پرسشنامه The Short Form Health Survey (SF12) استفاده شد. این پرسشنامه کیفیت زندگی را از نظر عملکرد جسمی، عملکرد روحی، درد جسمی، نشاط، نیروی حیاتی، سلامت روان، عملکرد اجتماعی و درک کلی از سلامت مورد بررسی قرار می‌دهد و سوالات با مقیاس چند گزینه‌ای لیکرت می‌باشند. نمره کل از جمع نمرات مربوط به سوالات محاسبه و به سه دسته ضعیف، متوسط و خوب طبقه بندی شد، به طوری که امتیاز بالا نشان‌دهنده کیفیت زندگی بالاتر بود.

روایی ابزار مورد استفاده در این پژوهش با روش اعتبار محتوی سنجیده شد و جهت تعیین اعتماد علمی ابزار از روش آزمون مجدد استفاده گردید ($r=0/9$). همچنین به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آزمون تی تست با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS در برنامه ویندوز استفاده شد.

یافته‌ها

اطلاعات مربوط به این پژوهش در مورد ۴۱۰ نفر از افراد ۶۰ سال و بالاتر منطقه غرب تهران بدست آمد. میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش $69/71 \pm 6/86$ سال بود که کمترین مورد ۶۰ سال و بیشترین مورد ۸۶ سال داشت. بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش در محدوده سنی ۶۰ تا ۷۴ سال $77/3\%$ ، مذکر $55/6\%$ ، بی‌سواد $30/5\%$ و متاهل 80% بودند. 78% از نظر اقتصادی مستقل بودند و $55/1\%$ با همسرانشان زندگی می‌کردند. $38/5\%$ نیز اظهار داشتند که از نظر وضعیت سلامت فعلی، بهتر از همسالانشان هستند (جدول ۱). در رابطه با تعیین رفتارهای ارتقا دهنده سلامت نتایج نشان داد که $94/6\%$ از واحدهای مورد پژوهش الکل مصرف نمی‌کردند، $89/8\%$ در یکسال گذشته، کنترل فشار خون

جدول ۴. ارتباط بین رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و کیفیت زندگی در سالمندان منطقه غرب شهر تهران، سال ۱۳۸۵

نتیجه آزمون	انحراف معیار	میانگین	ضعیف (۱۲-۲۳)		متوسط (۲۴-۳۵)		خوب (۳۶-۴۸)			
			۱	۲	۱	۲	۱	۲		
t= ۱/۷۱۵ P Value=۰/۰۸۷	۹/۰۲	۳۲/۵۳	۹۵/۵	۶۴	۸۱/۵	۱۳۲	۸۶/۲	۱۵۶	بلی	نکشیدن سیگار
	۷/۸۵	۳۴/۶۹	۴/۵	۳	۱۸/۵	۳۰	۱۳/۸	۲۵	خیر	
t=۱/۲۹۶ P Value=۰/۱۹۶	۸/۹۰	۳۲/۷۰	۹۷	۶۵	۹۴/۴	۱۵۳	۹۳/۹	۱۷۰	بلی	عدم مصرف الکل
	۸/۵۲	۳۵/۲۳	۳	۲	۵/۶	۹	۶/۱	۱۱	خیر	
t=-۸/۸۳۸ P Value=۰/۰۰۰	۷/۳۹	۳۵/۴۷	۲۶/۹	۱۸	۶۳/۶	۱۰۳	۷۹/۶	۱۴۴	بلی	انجام ورزش یا پیاده روی
	۹/۴۰	۲۸/۰۳	۷۳/۱	۴۹	۳۶/۴	۵۹	۲۰/۴	۳۷	خیر	
t=۳/۳۹۴ P Value=۰/۰۰۱	۹/۰۲	۳۱/۸۶	۷۹/۱	۵۳	۷۲/۲	۱۱۷	۶۳	۱۱۴	بلی	مصرف غذای کم نمک
	۸/۲۰	۳۵/۰۵	۲۰/۹	۱۴	۲۷/۸	۴۵	۳۷	۶۷	خیر	
t=۳/۷۶۰ P Value=۰/۰۰۰	۸/۸۸	۳۱/۷۷	۸۲/۱	۵۵	۷۳/۵	۱۱۹	۶۱/۹	۱۱۲	بلی	مصرف غذای کم چرب
	۸/۴۵	۳۵/۳۱	۱۷/۹	۱۲	۲۶/۵	۴۳	۳۸/۱	۶۹	خیر	
t=-۵/۵۶۱ P Value=۰/۰۰۰	۸/۵۵	۳۴/۱۳	۵۶/۷	۳۸	۷۴/۱	۱۲۰	۸۶/۷	۱۵۷	بلی	مصرف شیر، لبنیات و غذاهای گوشتی
	۸/۶۹	۲۸/۵۵	۴۳/۳	۲۹	۲۵/۹	۴۲	۱۳/۳	۲۴	خیر	
t=-۵/۵۸۱ P Value=۰/۰۰۰	۸/۵۲	۳۴/۲۴	۵۰/۷	۳۴	۷۳/۵	۱۱۹	۸۶/۷	۱۵۷	بلی	مصرف میوه و سبزیجات تازه
	۸/۶۳	۲۸/۴۹	۴۹/۳	۳۳	۲۶/۵	۴۳	۱۳/۳	۲۴	خیر	
t=۳/۶۱۷ P Value=۰/۰۰۰	۸/۹۸	۳۲/۱۰	۸۸/۱	۵۹	۸۵/۸	۱۳۹	۷۵/۷	۱۳۷	بلی	کنترل وضعیت سلامت
	۷/۶۷	۳۶/۵۰	۱۱/۹	۸	۱۴/۲	۲۳	۲۴/۳	۴۴	خیر	
t=۳/۷۷۵ P Value=۰/۰۰۰	۸/۸۴	۳۲/۲۹	۹۴	۶۳	۹۵/۱	۱۵۴	۸۳/۴	۱۵۱	بلی	کنترل فشار خون
	۷/۸۶	۳۷/۶۷	۶	۴	۴/۹	۸	۱۶/۶	۳۰	خیر	

سلامت و کنترل فشار خون ارتباط آماری معنی‌داری داشت ($p < ۰/۰۵$). بطوریکه سالمندان دارای میانگین نمره کیفیت زندگی بالاتر، رفتارهای انجام ورزش یا پیاده روی، مصرف شیر، لبنیات و غذاهای گوشتی و مصرف میوه و سبزیجات تازه، و سالمندان دارای میانگین نمره کیفیت زندگی پایین تر، رفتارهای مصرف غذای کم نمک، مصرف غذای کم چرب، کنترل وضعیت سلامت و کنترل فشار خون را بیشتر رعایت کرده بودند (جدول ۴).

بحث

یافته‌های پژوهش نشان داد که رعایت رفتارهای نکشیدن سیگار، مصرف نکردن الکل و کنترل فشار خون در بین واحدهای مورد پژوهش بالاتر از بقیه رفتارها می‌باشد. این یافته‌ها در تأیید نتایج مطالعات مشابه در این زمینه می‌باشد [۱].

همچنین میانگین کیفیت زندگی در واحدهای مورد پژوهش ۳۲/۸۴ با انحراف معیار ۸/۸۹ (محدوده ۱۲ تا ۴۸) بود که دلالت بر کیفیت زندگی متوسط آنها داشت (جدول ۳).

جدول ۳. تعیین کیفیت زندگی در سالمندان منطقه غرب شهر تهران در سال ۱۳۸۵

کیفیت زندگی	فراوانی	درصد
خوب (۳۶-۴۸)	۱۸۱	۴۴/۱
متوسط (۲۴-۳۵)	۱۶۲	۳۹/۵
ضعیف (۱۲-۲۳)	۶۷	۱۶/۳
جمع	۴۱۰	۱۰۰
میانگین (انحراف معیار)	۳۲/۸۴ ($SD = \pm ۸/۸۹$)	

بررسی ارتباط بین رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت و کیفیت زندگی با استفاده از آزمون آماری تی نشان داد که، کیفیت زندگی سالمندان با رفتارهای انجام ورزش یا پیاده‌روی، مصرف شیر، لبنیات و غذاهای گوشتی، مصرف میوه و سبزیجات تازه، مصرف غذای کم نمک، مصرف غذای کم چرب، کنترل وضعیت

لی و همکاران^۳ معتقدند علت عدم مصرف الکل و سیگار در بین سالمندان به دلیل ارایه برنامه‌های ارتقاء سلامتی در جامعه نیست، بلکه به دلیل پایین بودن وضعیت سلامت کنونی آنها می‌باشد [۱].

همچنین به دلیل فرهنگ حاکم بر جامعه و مخالفت دین اسلام با مصرف الکل، می‌توان انتظار داشت که رعایت این رفتار در بین سالمندان ایرانی بالا باشد. از طرفی چون بیماری پرفشاری خون، دومین بیماری شایع در بین سالمندان جامعه می‌باشد [۱۸]، بیشتر سالمندان به خاطر پیشگیری از عوارض بعدی بیماری، در این رفتار بهداشتی شرکت کرده‌اند. اما درصد سالمندانی که واکسن آنفلوانزا را تزریق کرده بودند بسیار پایین بود ۰/۷٪. واکسن آنفلونزا، ۸۰٪ از مرگ و میر ناشی از بیماری در سالمندان جلوگیری می‌کند [۱۷]. و این امر نشان دهنده اهمیت تزریق این واکسن در سالمندان می‌باشد. اما با توجه به مراجعه مکرر محقق به مراکز بهداشتی مشخص شد که برنامه‌ای جهت واکسیناسیون آنفلوانزا برای سالمندان وجود ندارد. همچنین بیشتر سالمندان از وجود چنین واکسنی بی‌اطلاع بودند. این امر می‌تواند نشان‌دهنده عدم ارایه خدمات مناسب بهداشتی برای سالمندان باشد.

نتایج مطالعه نشان داد که سالمندان مورد مطالعه از میانگین کیفیت زندگی متوسطی برخوردار بودند. این یافته در تأیید نتایج مطالعات مشابه در این زمینه می‌باشد [۵]. همچنین ۴۴/۱٪ از سالمندان مورد پژوهش اظهار داشتند که کیفیت زندگی آنها خوب است. سطح رضایتمندی افراد سالمند از زندگی، غالباً بالاست. در مقایسه با جوان‌ترها، به همان نسبت افراد سالمند خود انگاره مثبتی دارند و احساس می‌کنند زندگی سالمندی بهتر از آن است که انتظار داشتند [۷].

از طرفی زندگی ساده، توقعات پایین و اعتقادات مذهبی در سالمندان باعث شده تا حد زیادی در تعدیل مشکلات آنها و انتظارات آنها از زندگی مؤثر باشد.

در بررسی ارتباط بین رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت و کیفیت زندگی، یافته‌های پژوهش نشان داد کیفیت زندگی با رفتارهای انجام ورزش یا پیاده روی، مصرف شیر، لبنیات و غذاهای گوشتی، مصرف میوه و سبزیجات تازه، مصرف غذای کم نمک، مصرف غذای کم چرب، کنترل وضعیت سلامت و کنترل فشار خون ارتباط معنی‌دار آماری داشت ($p < 0/05$). بطوریکه سالمندان دارای میانگین نمره کیفیت زندگی بالاتر، رفتارهای انجام ورزش یا پیاده روی، مصرف شیر، لبنیات و غذاهای گوشتی و مصرف میوه و سبزیجات تازه، و سالمندان دارای میانگین نمره کیفیت زندگی پایین تر، رفتارهای مصرف غذای کم نمک، مصرف غذای کم چرب، کنترل وضعیت سلامت و کنترل فشار خون را بیشتر رعایت کرده بودند. در مطالعات مشابهی که در این زمینه انجام گرفته، رفتارهای نکشیدن سیگار، مصرف غذای کم نمک، کنترل وضعیت سلامت و واکسیناسیون آنفلوانزا ارتباط معنی‌داری با کیفیت زندگی نشان ندادند. در مقابل کیفیت زندگی افرادی که ورزش می‌کردند نسبت به گروه مقابل، به مراتب بالاتر بود و جالب اینکه افرادی که مصرف الکل نداشتند و نیز افرادی که کنترل فشار خون داشتند، کیفیت زندگی‌شان به مراتب پایین‌تر بود [۱۹، ۱].

افزایش کیفیت زندگی در نمونه‌های مورد مطالعه باعث شده که سالمندان بعضی از رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت را بیشتر رعایت کنند. اما با توجه به کاهش قدرت جسمی، بی‌حوصلگی و نیز مشکلات اجتماعی و خانوادگی که معمولاً در سنین پیری موجب کاهش تمایل به ورزش می‌شوند، می‌توان نتیجه گرفت در صورتیکه برخی بیماری‌های مزمن نیز به این مشکلات اضافه شوند، تمایل این افراد به ورزش و تحرک جسمی بسیار کمتر شده و موجب خواهد شد تا سالمندان بیش از پیش این رفتار مهم بهداشتی را به دست فراموشی بسپارند. از طرفی، با توجه به اینکه در دوران سالمندی اشتهای افراد کم می‌شود و نیز با توجه به بی‌حوصلگی یا علل اجتماعی اقتصادی که معمولاً سالمندان با آن درگیر هستند، اضافه شدن

³ Lee & et al

برخی مشکلات خانوادگی می‌تواند این مسئله را تشدید کرده و موجب شود این افراد آنطور که باید، مواد غذایی مناسبی دریافت نکنند. تحقیقات جمعیت‌شناسی اخیر که در رابطه با وضعیت تغذیه‌ای سالمندان انجام شده است، اغلب نشان‌دهنده شیوع بالای سوء تغذیه کالری پروتئین و همچنین ریزمغذی‌ها در این افراد بوده است [۱۷].

همه این عوامل می‌تواند کیفیت زندگی سالمندان را تحت تأثیر قرار دهد. در مورد رعایت رفتارهای مصرف غذای کم نمک، مصرف غذای کم چرب، کنترل وضعیت سلامت و کنترل فشار خون که توسط سالمندان دارای میانگین نمره کیفیت زندگی پایین بیشتر صورت گرفته است، باید مجدداً متذکر شد همانگونه که از نتایج مطالعه بر می‌آید، رعایت این رفتارها بیشتر از آنکه در نتیجه آموزش بهداشت باشد، به دلیل پایین بودن وضعیت سلامت کنونی و پیشگیری از بدتر شدن شرایط فعلی آنها می‌باشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به تفاوت معنی‌داری که بین رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و کیفیت زندگی سالمندان مشاهده شد و از آنجا که کیفیت زندگی در این دوران می‌تواند

بهراتی مورد تهدید قرار گیرد، در نظر داشتن رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در سالمندان از اهمیت بالقوه‌ای برخوردار است. لذا توصیه می‌شود برنامه ریزی‌هایی در جهت افزایش مشارکت اجتماعی، بهبود خدمات پزشکی و بهداشتی و ارائه خدمات مشاوره در جمعیت سالمندان مد نظر قرار گیرد. همچنین با توجه به اینکه پژوهش حاضر فقط در منطقه غرب تهران انجام گرفته است.

پیشهادات

پژوهش بصورت گسترده در سطح شهر تهران و نیز کل کشور انجام شود تا در صورت دستیابی به نتایج مشابه اهمیت بیشتری به رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و کیفیت زندگی سالمندان داده شده و اقدامات مناسب بر اساس آداب و رسوم، تحصیلات و فرهنگ مناسب مناطق مختلف در نظر گرفته شود.

تشکر و قدردانی

از معاونت محترم دانشکده پرستاری و مامایی ایران و کلیه سالمندانی که در این مطالعه شرکت داشتند کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

- 1- Lee T.W, Ko Is, lee, kJ. health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea. International journal of nursing studies. 2005; 49(2): 129-137.
- 2- <http://www.irna.com/en/news/line-8.html>. Accessed June 3, 2007.
- 3- Rocha F.I, Uchoa E, Guerra H.I, et al. "Prevalence of Sleep Complaints and associated Factors in Community-Dwelling older people in Brazil: the Bambui Health and Ageing Study (BHAS)". Sleep Med. 2002; 3(3): 231-8.
- ۴- حاتمی حسین و همکاران. کتاب جامع بهداشت عمومی، جلد سوم، تهران، انتشارات ارجمند. ۱۳۸۳، صفحات ۱۵۲۲ تا ۱۵۸۰.
- ۵- تاجور مریم. بهداشت سالمندان و مروری بر جنبه‌های مختلف زندگی آنان، تهران، انتشارات نسل فردا، ۱۳۸۲، صفحات ۱۱ تا ۶۵ و ۸۶ تا ۹۲.
- ۶- خدا رحیمی سیامک در ترجمه روانشناسی سالمندی. استورانت مارتا و واندن بوس گری آر. مشهد، انتشارات آستان قدس رضوی، ۱۳۷۳، صفحات ۲۰۷ تا ۲۳۷.
- 7- Barry p.p. An overview of special considerations in the evaluation and management of the geriatric patient. Am j gastroenterol. 2000; 93(1): 8-10.

- 8- Andrews G.A. Promoting health and functioning in an aging population. *British medical journal*. 2001; 322: 728-729.
- 9- Higgins P.G. Biometric outcome of a geriatric health promotion programme. *Journal of Advanced Nursing*. 1988; 13(6): 710-715.
- 10- Heidrich S.M. Health promotion in old age. *Annual Review of Nursing Research*. 1998; 16: 173-195.
- 11- Beattie B.L, Whitelaw N, Mettler M, Turner D. A vision for older adults and health promotion. *American Journal of Health Promotion*. 2003; 18(2): 200-204.
- 12- Stanhop M.Y, Lancaster J. *Community health nursing*. Fifth Ed, Mosby, 2000; 569-685.
- Phipps J. *Medical-surgical nursing*. Sixth Ed, Louis; Mosby, 1999; 66-67.
- ۱۳- احمدی، فضل... و سالار، علیرضا و فقیه زاده، سقراط. «بررسی کیفیت زندگی سالمندان شهر زاهدان». فصلنامه حیات (۱۳۸۳): شماره ۲۲: ص ۶۷-۶۱.
- 14- Conger S.A, Moore K.D. Chronic illness and Quality of life: the social workers role. *TSAO foundation*. 2002: 10.
- Coats AJ. Quality of life and choice in an ageing society. *Int J Cordial*. 2001 Mar; 78(1):1-3.
- ۱۵- قاسمی سیما و موسوی نجم السادات. راهنمای سلامتی برای سالمندان، تهران، انتشارات کتابخانه صدر، ۱۳۷۹. صفحات ۱۵ تا ۳۰ و ۶۵ تا ۷۲.
- ۱۶- حبیبی عقیل. «بررسی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و ارتباط آن با کیفیت زندگی و فعالیت های فیزیکی روزانه در سالمندان منطقه غرب تهران در سال ۱۳۸۵». پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری. دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۵.
- 17- Matsuo M, Nagasawa j, Yoshino A, Hiramatsu K, kurashik K. "Effects of activity participation of the elderly on quality of life". *yonago acta medica*. 2003; 46:17- 24.